

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

AUTOR:

Prof. CARLA LORENA MACCHIA DE SÁNCHEZ, MD. Esp.

DOCENTES TUTORES:

Prof. LORENZO AGAR CORBINOS, Msc. PhD.

Prof. JORGE MARIO ORTEGA IGLESIAS, Msc.



**UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA
SANTA MARTA, MAGDALENA
2016**

LA ESTRATEGIA DIDÁCTICA DE LA RONDA MÉDICA APLICADA A LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA

Carla Lorena Macchia de Sánchez, MD

Planteamiento del estudio

1. Elección y fundamentación del tema

Las estrategias didácticas se definen como los procedimientos o recursos encaminados a promover aprendizajes significativos. Mientras algunas sitúan al estudiante en contexto (qué y cómo va a aprender), otras se desarrollan durante el mismo proceso de enseñanza. Un tercer grupo, denominado “*estrategias pos-instruccionales*”, propenden al logro de una mirada integradora sobre el contenido. Ahora bien, existen diferentes estrategias aplicables a la enseñanza de la medicina. Éstas no sólo buscan lograr que el alumno apropie los conocimientos teóricos necesarios para el ejercicio de la profesión, sino que también, y por sobre todo, están encaminadas a la adquisición de ciertas habilidades y destrezas fundamentales para su posterior desempeño.

El estudiante de medicina apropia lo conceptual y teórico a la vez que es ciertamente moldeado por las experiencias y vivencias cerca del paciente, quien sin proponérselo se erige como un engranaje fundamental dentro del proceso educativo. El “*método clínico*” es un método de enseñanza que posibilita la plena interacción entre el educando y el enfermo. En él se verifica una relación dinámica y a la vez interdependiente entre éstos y el profesor. Los aportes efectuados por los participantes enriquecen la experiencia pedagógica mediante la generación de un ámbito particular de comunicación e intercambio. (Corona Martínez, & Fonseca Hernández, 2009).

El llamado “*aprendizaje basado en problemas*” posibilita la construcción del conocimiento mediante la profundización del razonamiento clínico y el aprendizaje auto dirigido. A su vez permite el desarrollo de competencias como el trabajo en equipo. Éste es un método que ha sido cada vez más incorporado por las instituciones de educación superior (Rodríguez, 2014).

Por su lado, la realización de la ronda médica (“*pase de sala*”, “*recorrida de sala*”, “*pase de visita*”), implica la interacción directa del alumno con los pacientes hospitalizados. Estas rondas son efectuadas en las salas de internación e incluyen la presentación de los casos clínicos, detallando el motivo de consulta, la enfermedad actual, los antecedentes del

paciente y especialmente considerando los diagnósticos diferenciales, estudios complementarios, protocolos terapéuticos instaurados y la evolución del enfermo hasta que el mismo es dado de alta. Generalmente se realizan con los estudiantes de los últimos años de la carrera, ya que éstos poseen un bagaje de conocimientos previo que les posibilita interconectar elementos de diferentes especialidades y sintetizarlos en el paciente. Aquí la labor del docente es preponderante, tanto en la gestación de discusiones y consideraciones académicas, como también en el impacto que su modo de ser y de actuar produce en el grupo. Vale decir, no es tan sólo “lo que se hace o se dice”, sino a quién, cuándo y de qué manera. El maestro entonces se erige como una figura arquetípica e inspiradora. Aquí cobra gran importancia el ambiente de trabajo en la sala, ya que como lo detalla Espinosa Brito (2006) la ética y los valores se plasman en el llamado currículum oculto o invisible. Lifshitz Guinzberg (2012) considera que *“el aprendizaje de la clínica abarca más habilidades y actitudes que conocimientos. Incluye la capacidad de recolectar información, interpretarla, incursionar en el razonamiento diagnóstico, terapéutico y pronóstico, dominar los procedimientos habituales de la práctica y ganar la confianza del paciente y su familia”*.

La enseñanza de la medicina ha ido variando a lo largo de la historia y los alumnos han ido apropiando conocimientos de diferentes maneras: desde las referencias en los antiguos papiros egipcios, donde la enseñanza era meramente *“instruccional”*, pasando luego por los griegos y sus máximos representantes: Hipócrates, Aristóteles y Galeno, periodo donde la medicina empírica tuvo su gran florecimiento al igual que la enseñanza a través de un maestro tutor. Durante el medioevo la religión influyó el arte de curar y la propia enseñanza de la medicina. Aquí las primeras universidades profundizaron los contenidos teóricos y dejaron poco espacio para la enseñanza práctica. Ya hacia fines del siglo XVII el holandés Hermann Boerhaave desarrolló un sistema donde se reunía periódicamente con sus estudiantes de medicina frente a la cama del paciente para combinar la teoría y la práctica (Díaz Hernández, 2011).

2. Formulación del problema

Sin embargo, los avances tecnológicos del mundo moderno permiten hoy día presentar al estudiantado casos clínicos de manera virtual, generando teleconferencias o consultando de manera diferida a distintos profesionales externos. No todos los hospitales universitarios realizan este ejercicio académico *in situ*, al pie de la cama del paciente. Tal vez esta situación esté influenciada por factores externos como la falta de tiempo y el exceso de

trabajo (Giannasi & Durante, 2012). Algunas investigaciones recientes han evidenciado una subvaloración de la ronda médica por parte de los alumnos, quienes, a diferencia de sus docentes, son menos proclives a identificar las experiencias de sala como oportunidades pedagógicas (Claridge, 2011).

Por lo tanto, nos preguntamos si acaso la ronda médica continúa siendo en la actualidad una estrategia didáctica valiosa para la enseñanza de la medicina, que propicia el diálogo interdisciplinar y la reflexión colectiva en un marco que integra el saber teórico, la competencia práctica y los elementos contextuales y culturales.

Intuimos que este modelo dinámico, participativo y retroalimentado se convierte en un apoyo fundamental, contrastando con las tradicionales exposiciones magistrales, generalmente muy lejanas, con poca o nula participación de los alumnos y escasas referencias prácticas.

Muchos docentes modernos coinciden en las bondades de los espacios de discusión y reflexión colectiva como marcos de desarrollo del estudiante (Echeverri, 2015). Esta estrategia pareciera lograr trascender la simple observación de la enfermedad como entidad autónoma, para dar cuenta del individuo como un todo, influenciado por sus circunstancias contextuales y temporales. El alumno logra percibir que una misma patología se puede expresar de diferentes maneras ya que suele existir variaciones individuales en aspectos como los umbrales del dolor, la tolerancia a los procedimientos y a su vez el bagaje cultural que les permite a los enfermos manifestar de una u otra manera lo que sienten. En nuestro medio, por ejemplo, un paciente indígena de la comunidad Kogui o Wayúu tendrá ciertamente un modo particular de manifestar una dolencia o de vivir la enfermedad impregnado de sus tradiciones y creencias.

En esta investigación se intentará dar respuesta a este interrogante, para lo cual se analizará una población de estudiantes del último año de la carrera de medicina, de la Universidad del Magdalena. Los mismos se encuentran realizando su Internado Anual Rotatorio durante el año 2017 en el Hospital Universitario Fernando Troconis de la ciudad de Santa Marta. (Magdalena, Colombia).

3. Objetivos

Objetivo general

La presente investigación tiene como propósito fundamental analizar diferentes aspectos de la ronda médica, reflexionando si ésta constituye una estrategia didáctica valiosa para la enseñanza de la medicina.

Objetivos específicos

- Detallar los elementos que caracterizan la situación pedagógica durante el desarrollo de la ronda médica.
- Observar y analizar la actitud del docente tanto en la generación de discusiones como en la retroalimentación con los estudiantes.
- Analizar las interacciones que se verifican entre el alumno, el maestro y el paciente (interlocución, complejidad del lenguaje oral, lenguaje no verbal y/o contacto físico)
- Observar si en la dinámica de la ronda se consideran elementos dentro de un marco social, cultural y emocional.
- Observar si se verifica durante el pase de sala un diálogo interdisciplinar, que incorpore ópticas complementarias de saberes afines.
- Determinar si al finalizar la ronda médica se ha propiciado en el grupo una nueva valoración diagnóstico-terapéutica.
- Identificar si el desarrollo del pase de sala genera inquietud y motiva al grupo a una ulterior lectura y profundización de los temas.
- Dimensionar el impacto subjetivo que tiene en el grupo de alumnos la realización de la ronda médica.

4. Limitaciones

Debe considerarse como una posible limitante del estudio la selección de la población involucrada en la investigación. Se trabajará con estudiantes que se encuentren realizando su año de Internado Anual Rotatorio en el Hospital Universitario Fernando Troconis de la ciudad de Santa Marta, Magdalena (Colombia). Vale decir, un grupo definido, en un tiempo y lugar determinado. Probablemente nos situemos frente a una población bastante homogénea y con características particulares, lo que tal vez no permitirá generalizar de manera categórica los hallazgos, aunque se espera posibilite efectuar una aproximación conceptual en relación a nuestra pregunta investigativa. Debe considerarse también que existirá un número acotado de docentes encargados de efectuar la ronda médica, ya que en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital ésta se realiza diariamente por un médico de turno. Otro de los aspectos a tener en cuenta es que el instrumento elaborado a los fines de la presente investigación (encuesta) requiere de una evaluación en su validez, confiabilidad y utilidad para ser aplicado en otros estudios.

5. Impactos esperados

Se pretende haber logrado al término de la investigación una comprensión más profunda y detallada de los diferentes aspectos que caracterizan a la ronda médica. Se espera que ésta sea tomada en cuenta como una estrategia didáctica valiosa para la enseñanza de la medicina, especialmente con los alumnos de los últimos años de la carrera y que pueda ser incorporada en aquellas instituciones que hoy en día por alguna u otra razón no la realizan.

Capítulo II: Marco Referencial

1. Enfoque teórico

Desde un enfoque comprensivo intentamos indagar cuál es la utilidad de la realización de rondas o pases de sala en los servicios médicos y cuáles son sus características fundamentales. Por un lado, estas actividades han tenido históricamente un objetivo asistencial, abreviando las distancias médico – paciente, optimizando el trabajo en equipo y favoreciendo la toma adecuada de decisiones. Los pases de sala clásicamente han permitido efectuar una valoración del diagnóstico y realizar ajustes en el proceso de tratamiento. Pero por otro lado se han constituido en una oportunidad de aprendizaje para los alumnos de medicina, quienes no sólo reciben las consideraciones académicas respecto del caso en estudio mediante un contacto directo con el paciente, sino también perciben un modo de ser y de interactuar de su maestro.

De hecho, el pase de visita médico tiene como objetivo general desarrollar y aguzar en el personal en formación el juicio clínico, el raciocinio terapéutico, los conocimientos y habilidades senso-perceptuales y manuales, con vistas a que se dominen los métodos y técnicas necesarios, así como se adquieran las actitudes y valores éticos pertinentes para atender a los pacientes hospitalizados. En una palabra, es la actividad en la cual el personal médico en formación aprende a profundizar en sus conocimientos y destrezas para examinar y tratar a los pacientes ya diagnosticados o en estudio. (Roca Goderich y cols., 2011, p. 1811)

Ya desde fines del siglo XIX hospitales como el Johns Hopkins introducían este recurso de enseñanza (“*Ward Rounds*”). Posteriormente algunas instituciones comenzaron a prescindir del enfermo, llevando las discusiones de los casos a grandes auditorios, dejando de considerar elementos contextuales y observando tan sólo la enfermedad como ente nosológico (Sandal y cols., 2013). En el año 2006 un artículo publicado en el *New York Times* observaba que las rondas médicas habían abandonado el clásico diálogo socrático para dar paso a simples presentaciones con diapositivas (Altman, 2006).

Durante el año 2001 se llevó a cabo en Estados Unidos un estudio que incluyó los departamentos de medicina de 389 hospitales. La investigación concluyó que el 97% de las instituciones realizaban rondas, sin embargo, en menos del 3% se incluía al paciente, consistiendo estas actividades únicamente en disertaciones con presentación de casos clínicos ("*Grand Rounds*"). (Hebert y cols., 2003)

En algunos centros el equipo médico y los estudiantes dialogan sin el paciente, en recintos más pequeños, utilizando pizarras para realizar anotaciones o gráficas ("*Board rounds*") (Royal College of Physicians, 2012)

Otro estudio publicado en 2005 en Australia observó que la práctica de las rondas médicas había decrecido en los últimos 10 años, disminuyendo asimismo la asistencia de los miembros del equipo entre un 10 y un 50%. (Tarala & Vickery, 2005)

Si bien muchos hospitales continúan realizando el pase de sala con un esquema tradicional, esta práctica no está universalmente extendida, incluso algunos investigadores opinan que éste "*se ha convertido en un evento fugaz, con fines netamente administrativos y asistenciales, enfocándose a la transcripción de indicaciones, toma de muestras y trámites de estudios, entre otros, dejando de lado su utilidad docente*" (Olvera Acevedo y cols., 2014).

En donde se realizan, habitualmente los pases transcurren temprano por la mañana y en ocasiones vuelven a realizarse en horario vespertino. Incluyen la activa participación de diferentes miembros del equipo asistencial: médicos, enfermeros, asistentes sociales, y especialmente, estudiantes y residentes. Antes de iniciar la recorrida generalmente se tranquiliza a los enfermos explicándoles en qué consistirá la actividad y se les informa que podrán escuchar diversos debates, muchos de los cuales se plantearán con una finalidad meramente académica. Si bien cada docente tiene un estilo que le es propio, usualmente la presentación de los casos sigue un orden lineal, coincidiendo con los elementos hallados en la historia clínica. Sobreviene luego una etapa de discusión, con pregunta y repregunta, en la cual la activa participación de los alumnos es parte fundamental del proceso. Aquí cobran dimensión las competencias comunicativas del grupo, que se constituye en unidad de construcción colectiva del conocimiento. Se consideran diferentes algoritmos diagnósticos y terapéuticos para luego efectuar un análisis y síntesis de la información. Este proceso propende a la adquisición de aprendizajes significativos y, mediante el ejercicio intelectual, favorece el desarrollo de la autonomía del estudiante.

Para algunos autores es muy escaso el tiempo promedio que se dedica a la discusión de cada historia clínica, (aproximadamente 2.5 minutos), comparado con el

promedio de 70 minutos en el salón de clases. (Tremonti & Biddle, 1982). Una de las razones aludidas para no permanecer largo tiempo con el paciente es el temor a generar en éste ansiedad o preocupación durante el transcurso de la sesión.

El desarrollo del pase de sala está ciertamente influenciado por las capacidades docentes del médico que lo realiza. Ramani y Leinster (2008) consideran que la mayoría de los médicos están bien preparados para ejercer su rol en la profesión, aunque muy pocos han sido entrenados para asumir roles de enseñanza.

Giannasi & Durante (2012) consideran que *“la falta de tiempo para la enseñanza es una barrera frecuente; esta puede ser consecuencia de exceso de trabajo administrativo, de exceso de pacientes con estancias muy cortas, o de cuestiones relacionadas con nuevas leyes laborales”*. Los autores también mencionan la dificultad para establecer objetivos de enseñanza, la escasa formación pedagógica del médico o simplemente la demanda de otras actividades asistenciales como elementos que interfieren con una adecuada enseñanza clínica. Para Faith & Fitzgerald (1993) la escasez de recursos como pizarras o negatoscopios en las salas puede desmotivar a los alumnos debido a una inadecuada comprensión del tópico que se está discutiendo.

La ronda médica como escenario didáctico involucra un sujeto que asume un rol docente y otro que asume el rol de aprendiz. En ella se generan diversas interacciones que incluyen también al paciente. Se intercambian ideas y representaciones, y se discuten significados. (De Longhi y cols., 2014). Por su parte, el docente también ejerce el rol de médico y su observación permite una conceptualización de ese rol profesional, constituyéndose en modelo de aprendizaje para los estudiantes. Para Brizuela Tornes (2016) el pase de visita posibilita el desarrollo de habilidades lógico-intelectuales en los estudiantes: *“comparar, definir, describir, interpretar; cuando compara puede identificar, clasificar, a su vez cuando describe está preparado además para interpretar, explicar y predecir, de esta forma podrá diagnosticar los problemas de salud y tomar conducta en consecuencia”*.

La interacción con el paciente es un aspecto de indiscutible importancia en el desarrollo de la ronda, desde el inicio de la misma con la presentación del equipo de salud, hasta su finalización. En algunos casos esa comunicación es mayormente gestual, en otros amerita además, un contacto físico.

Para Giannasi & Durante (2012) los enfermos habitualmente valoran de manera positiva que se discutan sus casos. Un estudio controlado randomizado en el Osler Medical

Service del Hospital Johns Hopkins (Estados Unidos), observó un alto grado de conformidad en los pacientes en este sentido. (Lehmann y cols., 1997)

Barcia & Nieto (1994) consideran que la comunicación es fundamental en toda relación médico-paciente, siendo deseable además que exista empatía. Ésta se define como la experiencia emocional entre un observador y un sujeto, en la cual el observador, basado en ciertas señales visuales o auditivas, identifica y transitoriamente experimenta el estado emocional del sujeto (Buie, 1981).

La comunicación se establece tanto con un lenguaje verbal (a través de la palabra oral o escrita), como con el lenguaje no verbal, el cual para algunos autores puede llegar a constituir el 65% del total de la información transmitida durante la conversación. Torres (2002) subdivide el proceso de comunicación en cuatro bloques: el primero corresponde al *lenguaje verbal*. Éste requiere de un emisor, receptor, canal, código y mensaje. El segundo bloque abarca el *lenguaje no verbal*, que comprende los gestos y movimientos, las posturas corporales y el contacto corporal. El tercer bloque corresponde al *lenguaje para-verbal*, que incluye fenómenos como la entonación e inflexiones de la voz, la velocidad, pausas y silencios, gestualidad, etc., Finalmente, el último bloque, estaría conformado por el *uso y estructuración del espacio*. Es así como en la ronda estos elementos adquieren relevancia, dando al médico la posibilidad de “decodificar” la información transmitida por el enfermo.

Una buena comunicación médico-paciente favorece mayor adherencia a los tratamientos y genera una sensación de bienestar tanto en el profesional como en el enfermo. (Petra-Micu, 2012). Por ello, las habilidades comunicacionales son consideradas una de las competencias básicas de la formación médica. En este sentido, la manera de concebir la comunicación interpersonal efectiva ha ido evolucionando a lo largo de los años. Hoy en día se acepta que no es suficiente un mensaje bien concebido y entregado, sino que se impone un modelo bidireccional y retroalimentado, que jerarquice la relación de los sujetos que se comunican (*enfoque “frisbee”*). (Moore y cols., 2010)

Sin embargo, Salazar-Blanco y cols. (2015) señalan que en las universidades colombianas el desarrollo de las competencias comunicativas ha sido escasamente explorado. Para los autores estas competencias debieran ser consideradas de un modo más explícito especialmente en los semestres clínicos, con prácticas reflexivas integradas en las discusiones clínicas. En el año 2015, en la Universidad Autónoma de Bucaramanga, se llevó a cabo un estudio descriptivo mixto con la finalidad de analizar las competencias comunicativas orales en el programa de medicina. Los autores concluyeron que, si bien

existe en la Facultad una preocupación por la formación de profesionales con adecuadas competencias comunicativas, esto no se ha planteado como un eje temático transversal:

Que oriente y armonice el logro de las mismas, ni tampoco con estrategias pedagógicas formales, definidas y variadas, ni con estrategias evaluativas estructuradas. Estos hallazgos distan del desarrollo ideal para la enseñanza de las competencias comunicativas donde se requiere el diseño de un programa ajustado al contexto con el uso de técnicas e instrumentos específicos". (González Olaya y cols., p. 231)

Malerba (2008) explica que la relación médico paciente es asimétrica. Mientras éste se presenta como un sujeto que padece la enfermedad, ignora muchos de los aspectos relacionados a ella y necesita ayuda, el médico se erige en un rol de dominancia. El encuentro médico - paciente se configura en una relación interpersonal que supera lo meramente técnico y se impregna de componentes emotivos y afectivos que la caracterizan. De esta manera el vínculo establecido con el enfermo se constituye en un contexto de influencias recíprocas. (Roter y cols., 2006)

Durante la ronda eventualmente surgen, de modo consciente o inconsciente, elementos de transferencia y contratransferencia propios de la relación médico paciente. (Muskin & Epstein, 2009). Esto significa que el enfermo es capaz de proyectar ideas y sentimientos sobre el médico que lo asiste (transferencia), como así también, el médico puede responder hacia el paciente como si se tratara de un personaje de su pasado (contratransferencia), y esto manifestarse a través de conductas no verbales. (Campo-Gabal y cols. 2006)

Existen estudios que han demostrado que el tiempo de contacto visual correlaciona de manera positiva con el grado de comprensión que el médico tiene sobre el contexto social y las tensiones psicológicas que rodean a ese enfermo, incrementándose en éste la empatía y la satisfacción con el profesional que lo asiste. A su vez, las conductas verbales inconscientes *"representan una descripción más segura de las actitudes y el estado emocional del paciente, pudiendo desmentir algunas afirmaciones que no concuerdan con sus palabras"* (Joyce, 2015).

El observar directamente al paciente permite al médico y a los estudiantes tener en cuenta la influencia de lo socio-cultural en la exteriorización de la enfermedad. Como define Edward Tylor (1871), la cultura es un *"todo complejo que incluye conocimiento, creencias, artes, morales, leyes, costumbres, y demás hábitos y capacidades adquiridos por los seres humanos como miembros de una sociedad"*. Por este motivo, reparar en las creencias de un determinado grupo social con relación al cuidado de la salud nos facilita comprender sus conductas y planear estrategias en promoción y prevención. *"Todos somos sujetos de*

cultura, y la experimentamos de varias formas, inclusive cuando nos enfermamos y buscamos tratamiento” (Langdon & Wiik, 2010).

La relación médico-paciente involucra un encuentro interpersonal que debe incluir necesariamente una visión humanizada. Romano (2013) subraya que es menester abordar al enfermo de un modo holístico, observándolo como una integralidad, una unidad, y no tan sólo como un vector de la enfermedad.

Para Vélez (1985), es primordial jerarquizar el aspecto humanístico en la enseñanza médica:

Para que nuestro estudiante sea un profesional íntegro, debemos estar seguros de que está adquiriendo una ética; sin ésta, cualquier profesión resulta peligrosa para la sociedad. La ciencia es neutral, el científico debe darle la orientación. Que se vuelva la ciencia contra el hombre, depende del hombre mismo. Pero la ética es una actitud y por esto no puede enseñarse sino con el ejemplo y de un modo continuo: en el salón de clase, en la ronda clínica, en el quirófano y aún en la morgue...

En este sentido, Rogers (2000) considera que la atención humanizada del enfermo requiere que los profesionales de la medicina:

- Respeten de los puntos de vista del paciente y tomen en cuenta sus opiniones.
- Observen su bienestar psicológico.
- Consideren al paciente como un ser único e individual.
- Valoren su contexto familiar y ambiente social y físico.
- Posean buenas cualidades de comunicación.
- Sean capaces de proporcionar confidencialidad y confianza.
- Demuestren calidez, compasión, y empatía.

Díaz Hernández (2011), menciona que actualmente la enseñanza de la medicina utiliza “*estrategias didácticas centradas en la resolución de problemas y con una posición muy activa del estudiante; pretende una formación médica y humana integral y un abordaje interdisciplinario del conocimiento para adquirir un enfoque holístico del paciente*”. La autora enfatiza la importancia de la flexibilidad curricular y la necesidad de fomentar de manera permanente una actitud crítica, reconociendo que la construcción colectiva del conocimiento es un proceso dinámico y que en este sentido los aportes de los estudiantes son también muy valiosos. Sin embargo, Susacasa & Candreva (2011) advierten que:

No es posible enseñar al alumno todos y cada uno de los padecimientos que pueden encontrarse en la práctica de un médico generalista. Por el contrario, resulta factible encontrar modelos más generales de las formas en que se comportan las enfermedades [...] El uso de modelos es una forma de oponerse a la fragmentación del conocimiento en temas aislados. Por sus características conduce al diseño de unidades multidisciplinarias. Es una modalidad de abordaje de los problemas intentando su resolución. (p. 12).

De modo tradicional la enseñanza de la medicina se ha apoyado en el paciente como instrumento, puesto que éste constituye su “*objeto de estudio y es solamente en él en que se adquiere la experiencia y el conocimiento profesional*”. En este sentido, la

interacción de los estudiantes entre sí, con el docente y los enfermos facilita mucho más que la comprensión de los temas presentados: posibilita transitar un camino de aprendizaje emocional (Amaya, 2010). La apreciación del enfermo en un contexto real permite al alumno atravesar las distintas etapas del *Ciclo de Kolb*: experimentación, reflexión, conceptualización y nuevamente la experiencia para lograr un aprendizaje perdurable. (Kolb, 1984).

Creemos que todos estos elementos están presentes en la estrategia didáctica de la ronda médica y enriquecen el acto pedagógico. Superan la mera transmisión unidireccional de los contenidos curriculares, haciendo del pase de sala una herramienta valiosa en el proceso de enseñanza-aprendizaje de la medicina.

EL MÉTODO

El estudio diseñado es de carácter prospectivo, observacional, descriptivo y analítico. Para su abordaje se efectuará una aproximación mixta, cuali - cuantitativa, guiada por un enfoque interpretativo integrado multimodal. El énfasis del análisis no se pondrá en la medición de las variables sino en la comprensión de la estrategia didáctica como un todo, a través de las impresiones del investigador.

La población blanco o de referencia estará conformada por los estudiantes del último año de la carrera de medicina, en tanto que la población accesible comprenderá los estudiantes del último año de medicina de la Universidad del Magdalena, quienes durante el 2017 se encuentren realizando su Internado Anual Rotatorio en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Fernando Troconis de la ciudad de Santa Marta, Magdalena (Colombia). Dado el enfoque del estudio se utilizará un muestreo no probabilístico por conveniencia.

1. Hipótesis de trabajo

La ronda médica es una estrategia didáctica valiosa para la enseñanza de la medicina, ya que logra una mayor apropiación de aprendizajes significativos, mediante la contextualización de la enfermedad y la retroalimentación dinámica entre el educando y educador.

2. Variables e indicadores

- Variable independiente:

Estrategia didáctica de ronda médica

- Indicadores:

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">- Ubicación del docente en relación a los alumnos- Ubicación del docente en relación a los pacientes- Nivel de complejidad predominante en el lenguaje oral- Elementos de comunicación no verbal- Interrupciones- Contacto visual, verbal o físico | <ul style="list-style-type: none">- Percepción del paciente como totalidad (unidad bio-psico-social)- Reflexión y pensamiento crítico sobre el aprendizaje de la medicina- Elementos del entorno, afectivos y socioculturales- Abordaje holístico de las patologías- Interdisciplinariedad |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

3. Técnica e instrumento

Los datos serán recogidos durante el desarrollo de las rondas. Se basarán en una observación directa del entorno y de las situaciones pedagógicas planteadas. Se examinará la interacción y la interlocución entre los diferentes actores, así como otros elementos considerados de interés por el investigador. Éste no tendrá ningún tipo de intervención durante el transcurso de la ronda y no podrá participar en las discusiones. Sólo se limitará al registro de la información. También se realizará a los estudiantes una encuesta auto-administrada que incluirá proposiciones a modo de ítems categóricos (en número de siete), con varias opciones de respuesta (*Escala Tipo Likert*). Este resultado se proyectará en una escala de 1 a 5 (desde una actitud totalmente en desacuerdo a una actitud de total acuerdo). Para el análisis de los datos provistos por la encuesta se considerarán tanto los puntajes de los siete ítems, como los puntajes obtenidos en tres dimensiones consideradas: *apropiación de aprendizajes significativos, contextualización y retroalimentación*. Se sumará el puntaje obtenido y se lo dividirá por el número de afirmaciones planteadas. Los resultados serán expresados en *porcentajes* o términos de la proporción, *mediana* y *moda*.

Consideraciones metodológicas

Luego una exhaustiva revisión de la literatura disponible no se encontraron instrumentos que pudieran ser aplicados de manera exacta al presente estudio. Algunos de los cuestionarios analizados fueron el SPQ (*Study Process Questionnaire*), que evalúa los enfoques de aprendizaje en los estudiantes (superficial, profundo y estratégico), el R-SPQ-2F de Biggs (*Revised 2 Factor Study Process Questionnaire*), la Escala MSLQ (*Motivated Strategies Learning Questionnaire*, Pintrich, 1993) que evalúa aspectos motivacionales y cognitivos y el CLEQ (*Clinical Learning Evaluation Questionnaire*, AlHaqwi, 2014) que considera el ambiente de aprendizaje desde la perspectiva de los estudiantes de medicina, entre otros. Por esta razón se diseñó una encuesta cuyo contenido será validado previo a su utilización mediante juicio de expertos, y prueba piloto, aplicada a 10 estudiantes de medicina del último año del Hospital Universitario. Para el análisis correlacional de los ítems se utilizará el índice de homogeneidad corregido (IHc). Si algún ítem resultase indiferenciador (IHc inferior a 0.20), será eliminado. Para evaluar la unidimensionalidad se efectuará análisis factorial. La confiabilidad del instrumento se estimará mediante el cálculo del α de Cronbach, mediante el paquete estadístico SPSS Statistics versión 24, aceptándose que existe una buena consistencia interna si el valor de este coeficiente es superior a 0,8.

Consideraciones éticas

No se registrarán datos personales de los pacientes durante el desarrollo de la ronda. Se guardará absoluta confidencialidad acerca de las opiniones médicas sobre los casos tratados. La información de carácter médico no será utilizada para otra investigación. El presente proyecto deberá contar con la aprobación del Comité de Investigación y Ética del Hospital Universitario Fernando Troconis y el Comité de Ética en Investigación de la Universidad del Magdalena.

Referencias

- AlHaqwi, A. L., Kuntze, J. & van der Molen, H. T. (2014). Development of the clinical learning evaluation questionnaire for undergraduate clinical education: factor structure, validity, and reliability study. *BMC Medical Education*, 14 pp. 44.
Disponible en: <http://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-14-226>
- Altman, L.K. (2006). The doctor's world: Socratic dialogue gives way to PowerPoint. *The New York Times*. December 12. Disponible on-line:
<http://www.nytimes.com/2006/12/12/health/12docs.html>
- Amaya, A. (2010). Educación médica actual: un reto conceptual. *Univ. Med. Bogotá*, 51 (2); pp.115-119
- Bensing, J.M., Kerssens, J.J. & van der Pasch, M.J. (1995). Patient-directed gaze as a tool for discovering and handling psychosocial problems in general practice. *Nonverbal Behav* 19: pp. 223. Disponible en: doi: 10.1007/BF02173082
- Brizuela Tornes C. G., González Brizuela, C. M. & González Brizuela, Y. (2016). ¿Cómo contribuir desde el pase de visita a la formación integral del estudiante de medicina? *MEDISAN*; 20 (1) pp. 92 - 101. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=368445186014>
- Biggs, J.B., Kember, D., & Leung, D.Y.P. (2001). The Revised Two Factor Study Process Questionnaire: R-SPQ-2F. *British Journal of Educational Psychology*. 71, pp.133-149
- Biggs, J.B. (1987). Study Process Questionnaire Manual. Melbourne: Australian Council for Educational Research.
- Buie, D.H. (1981). Empathy: its nature and limitations. *J Am Psychoanal Assoc*, 29(2); pp. 281-307.
- Calzadilla, R. (2004). La pedagogía como ciencia humanista: conocimiento de síntesis, complejidad y pluridisciplinariedad. *Revista de Pedagogía*, 25(72), pp. 123-148.
Recuperado de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-97922004000100005&lng=es&tlng=es
- Campo-Cabal G., Álvarez J., Morales A.M. (2006). La entrevista médica con un enfoque terapéutico. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35 (4), pp. 556.
- Claridge, A. (2011). What is the educational value of Ward rounds? A learner and teacher perspective. *Clinical Medicine*. 11 (6), pp. 558- 562.

- Corona Martínez, L., Fonseca Hernández, M. (2009). El método clínico como método de enseñanza en la carrera de medicina. *MediSur*, 7(6), pp. 23-25. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2009000600005&lng=es&tlng=es
- De Longhi, A.L., Bermúdez, G. M. A., Abensur, P. L. D. & Ruiz-Moreno, L. (2014). Una estrategia didáctica para la formación de educadores de salud en Brasil: la indagación dialógica problematizadora. *Comunicacao Saúde Educacao*; 18 (51), pp.760.
- Díaz Hernández, D.P. (2011). Una visión sucinta de la enseñanza de la medicina a lo largo de la historia: I. Desde el Antiguo Imperio Egipcio hasta el siglo XVII. *Iatreia*. pp. 90-96.
- Echeverri Sarmiento, J. E. (2015). La investigación al servicio de la docencia en las facultades de medicina para el desarrollo del aprendizaje autónomo y formación de profesionales reflexivos. *Revista Med.* 23 (1), pp. 58- 71.
- Espinosa Brito, A. (2006). Ética en el pase de visita hospitalario. *Rev. Cubana Salud Pública*; 32 (4).
- Giannasi, S & Durante, E. (2012). La enseñanza clínica: el caso de la recorrida de sala. *Rev. Hosp. Ital. B. Aires.*32 (3), pp. 121-125.
- González Olaya, H. L., Uribe Pérez, C. J. & Delgado Rico, H. D. (2015). Las competencias comunicativas orales en la relación médico-paciente en un programa de medicina de una universidad de Colombia: una mirada desde el currículo, los profesores y los estudiantes. *Educación Médica*, 16 (4), pp. 227-233.
- Hebert, R. S. & Wright, S. M. (2003). Re-examining the Value of Medical Grand Rounds. *Academic Medicine*, 78 (12), pp 1248- 1252.
- Joyce, J. (2015). Adiós a las palabras: la dimensión del silencio en la conducta no verbal durante la entrevista médica. *Rev Argent Cardiol*; 83, pp- 85-91.
<http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v83.i1.5726>
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: experience as the source of learning and development*. Prentice Hall, Inc., Englewood Cliffs, New Jersey. Disponible en: <http://www.learningfromexperience.com/images/uploads/process-of-experiential-learning.pdf>
- Langdon, E.J. & Wiik, F.B. (2010). Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. *Rev. Latino-Am.*

- Enfermagem* [Internet]. 18(3): [09 pantallas]. Disponible en:
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es_23.pdf
- Lehmann, L. S., Brancati, F. L., Chen, M., Roter, D. & Dobs, A. S. (1997) The Effect of Bedside Case Presentations on Patients' Perceptions of Their Medical Care. *N Engl J Med*. 336: pp. 1150-1156. Disponible en:
<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199704173361606#t=article>
- Lifshitz-Guinzberg, A. (2012). La enseñanza de la clínica en la era moderna. *Investigación en Educación Médica*. 1 (4), pp. 210-217.
- Malerba, L. (2008). Aspetti psicologici nella comunicazione medico-paziente. Interconoscenza. *Rivista Di Psicologia, Psicoterapia e Scienze Cognitive*. 6(1-2), pp.4.
- Moore, P., Gómez, G., Kurtz, S. & Vargas, A. (2010). La comunicación médico-paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas? *Rev Med Chile*; 138, pp.1047-1054.
- Muskin, F. R. & Epstein L., A. (2009). Clinical guide to countertransference: Help medical colleagues deal with "difficult" patients. *Current Psychiatry*. 8 (4), pp. 25-32.
- Olvera Acevedo, A., Uribe Ravell, J. A., Ángeles Garay, U. & Carrillo González, A. L. Aptitud clínica posterior a un pase de visita médica estructurado en comparación con un pase de visita cotidiano en médicos residentes. (2015). *Inv Ed Med*; 4 (14) pp. 81-87. Disponible en: <http://riem.facmed.unam.mx/node/392>
- Pintrich, P. R., Smith, D. A. F., Garcia, T., & Mc Keachie, W. J. (1993). Reliability and predictive validity of the Motivated Strategies for Learning Questionnaire (MSLQ). *Educational and Psychological Measurement*. 53, pp. 801-813
- Ramani, A. & Leinster, S. (2008). AMEE Guide no. 34: Teaching in the clinical environment. *Medical Teacher*. 30, pp. 347-364.
- Rodríguez M, S. L. (2014). El aprendizaje basado en problemas para la educación médica: sus raíces epistemológicas y pedagógicas. *Revista Med*, 22(2), pp. 32-36. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-52562014000200004&lng=es&tlng=es
- Roca Goderich, R., Rizo Rodríguez, R., & de Dios Lorente, J A. (2011). Metodología para el desarrollo del pase de visita docente asistencial. *Medisan*, 15(12), pp. 1810-1818. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011001200017&lng=es&tlng=es.
- Rogers, J. & Coutts, L. (2000). Do Students' Attitudes during Preclinical Years Predict Their Humanism as Clerkship Students? *Academic Medicine*, 75 (10), pp. 74-S77.

- Romano, F. (2013). La humanización del ejercicio de la vocación médica: un desafío fáctico. [En línea]. *Vida y Ética*, año 14, (2), pp. 107. Disponible en: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/humanizacion-ejercicio-vocacion-medica.pdf>
- Roter, D.L., Frankel, R.M., Hall, J.A. & Sluyter D. (2006). The expression of emotion through nonverbal behavior in medical visits. *J Gen Intern Med*, 21: p.28-34. <http://doi.org/cr2vpn>
- Royal College of Physicians. (2012). Ward rounds in medicine. Principles for best practice. Disponible en: <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/ward-rounds-medicine-principles-best-practice>
- Salazar-Blanco, O. F., Echeverri-Restrepo, C., & Días-Hernández D. P. (2015). Reflexiones sobre la competencia comunicativa en los pregrados de las áreas de salud de universidades colombianas. *FEM*. (Ed. Impresa) 18 (3), pp. 211-217.
- Sandal S., Iannuzzi M.C. & Knohl S. J. (2013). Can we make grand rounds “grand” again? *Journal of Graduate Medical Education*. 5 (4), pp.560- 563. Disponible en: <http://www.jgme.org/doi/abs/10.4300/JGME-D-12-00355.1>
- Susacasa, S. & Candreva, A. (2011). Currículo, Formación Docente y Enseñanza de la Medicina. *Educación Médica Permanente – II* (2), pp. 12. Disponible en: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/8547/Documento_completo.pdf?sequence=1
- Tarala, R. & Vickery, A.W. (2005). Hospital grand rounds in Australia. *MJA*. 183 (11/12), 592-594. Disponible en: https://www.mja.com.au/system/files/issues/183_11_051205/tar10521_fm.pdf
- Torre Ramos, Elisa (2002). La Comunicación Educativa. *Retos. Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*. Núm.3, pp.37-43.
- Tremonti, LP & Biddle, WB. (1982). Teaching behaviors of residents and faculty members. *J Med Educ*. 57, pp. 854-859. Disponible en: http://journals.lww.com/academicmedicine/Abstract/1982/11000/Teaching_behaviors_of_residents_and_faculty.6.aspx
- Tylor, E. B. (1871). *Primitive Culture*, Vol 2.
- Vélez, C. (1985). Enseñanza de la Medicina Interna en los programas de pregrado. *Acta Médica Colombiana*. 10 (1), pp. 34.

HOJA DE REGISTRO

Los siguientes datos serán recogidos durante el desarrollo de las rondas médicas. Se basarán en una observación directa del entorno, situaciones pedagógicas suscitadas, interlocución entre los diferentes actores y otros elementos considerados de interés por el investigador. Éste no tendrá ningún tipo de intervención durante el desarrollo de la ronda ni participará en las discusiones. Se limitará al registro de los datos.

NÚMERO TOTAL DE PARTICIPANTES

| | |
|---------|--|
| Médicos | |
| Alumnos | |

UBICACIÓN DEL MÉDICO (DOCENTE):

| | | | | |
|-----------------------------------|--------------------|--|-------------------------|--|
| Posición | central | | periférica | |
| Ubicación respecto de los alumnos | de frente | | al costado | |
| Ubicación respecto del paciente | frente al paciente | | de espaldas al paciente | |

LENGUAJE VERBAL UTILIZADO (escala elaborada por el investigador)

| | |
|------------------------------------------------------------------------------|--|
| Mayormente informal, sencillo, coloquial | |
| Medianamente complejo, aunque aparenta ser comprendido por los pacientes | |
| Terminología estrictamente científica con vocabulario específico disciplinar | |

OTROS ELEMENTOS DE COMUNICACIÓN (acentuación o refuerzo, pausas o entonaciones, lenguaje corporal y gestual)

| | |
|-------------------------------------------------------|--|
| Utilizados esporádicamente (menos de 3 oportunidades) | |
| Utilizados con frecuencia (más de 3 oportunidades) | |

INTERRUPCIONES DURANTE EL DESARROLLO DE LA RONDA (efectuadas por familiares u otro personal ajeno al equipo)

| | |
|----------------------|--|
| Número | |
| Quiénes las efectúan | |

INTERACCIÓN CON EL PACIENTE

| | |
|----------------------------------------------------|--|
| Mirada | |
| Interlocución | |
| Contacto físico afectuoso (ej.: palmada o caricia) | |
| Contacto físico para examen médico | |

DURACIÓN DE LA RONDA MÉDICA (min) _____

IMPRESIONES DEL INVESTIGADOR

A PARTIR DE LA REALIZACIÓN DE LA RONDA MÉDICA:

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <i>¿Se han considerado nuevos diagnósticos diferenciales?</i> | |
| <i>¿Se ha replanteado la terapéutica?</i> | |
| <i>¿Se han visualizado inconsistencias, errores u omisiones en la confección de la Historia Clínica?</i> | |
| <i>¿Se ha indagado sobre la pertinencia de los procedimientos o ayudas diagnósticas solicitadas?</i> | |
| <i>¿Se ha considerado la utilidad de efectuar una interconsulta con otro colega de la misma u otra especialidad?</i> | |
| <i>¿Se han abordado de manera holística los casos presentados?</i> | |
| <i>¿Se observa en el grupo una motivación a profundizar los temas desarrollados?</i> | |

ENCUESTA ESTUDIANTIL

Al finalizar la ronda médica, se entregará una breve encuesta a los alumnos para que en forma voluntaria y anónima valoren su experiencia. (*Encuesta auto-administrada*)

En la misma se incluirán proposiciones a modo de ítems categóricos, con varias opciones de respuesta (*Escala Tipo Likert*). Este resultado se proyectará en una escala de 1 a 5 que comprende desde una actitud totalmente en desacuerdo a una actitud de total acuerdo. Se sumará el puntaje obtenido y se lo dividirá por el número de afirmaciones planteadas. Luego de obtenidos los datos los resultados serán expresados en porcentajes o términos de proporción.

Ítems:

- A. “La ronda médica permite ver al paciente como un todo”. Indique su grado de acuerdo:**
1. Totalmente en desacuerdo
 2. En desacuerdo
 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 4. De acuerdo
 5. Totalmente de acuerdo
- B. “La ronda médica contextualiza la enfermedad, rescatando elementos del entorno, afectivos y socioculturales”. Indique su grado de acuerdo:**
1. Totalmente en desacuerdo
 2. En desacuerdo
 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 4. De acuerdo
 5. Totalmente de acuerdo
- C. “La ronda médica cumple con su propósito de enseñanza, generando discusiones académicas interesantes y replanteando conductas y procedimientos”. Indique su grado de acuerdo:**
1. Totalmente en desacuerdo
 2. En desacuerdo
 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 4. De acuerdo
 5. Totalmente de acuerdo
- D. “La ronda médica permite tener una comprensión más acabada y completa de las patologías presentadas”. Indique su grado de acuerdo:**
1. Totalmente en desacuerdo
 2. En desacuerdo
 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 4. De acuerdo
 5. Totalmente de acuerdo
- E. “El estudiante de medicina aprende más cuando las patologías son presentadas de manera contextualizada, al pie de la cama del paciente” Indique su grado de acuerdo:**
1. Totalmente en desacuerdo
 2. En desacuerdo
 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 4. De acuerdo
 5. Totalmente de acuerdo
- F. “En la ronda médica se integran favorablemente elementos de otras especialidades, propiciando la interdisciplinariedad” Indique su grado de acuerdo:**
1. Totalmente en desacuerdo
 2. En desacuerdo
 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 4. De acuerdo
 5. Totalmente de acuerdo

G. “La ronda médica me ha generado interés en profundizar los temas presentados” Indique su grado de acuerdo:

1. Totalmente en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. De acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

Comentarios:

***Nota: Este instrumento elaborado a los fines de la presente investigación requiere de una evaluación en su validez, confiabilidad y utilidad para poder ser aplicado.**

| Alumno | Escala | | Alumno | Escala |
|--------|--------|--|--------|--------|
| 1 | | | 11 | |
| 2 | | | 12 | |
| 3 | | | 13 | |
| 4 | | | 14 | |
| 5 | | | 15 | |
| 6 | | | 16 | |

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE: “ESTRATEGIA DIDÁCTICA DE RONDA MÉDICA”

| VARIABLE | TIPO DE VARIABLE | DIMENSIONES | INDICADORES | INSTRUMENTO | | ÍTEMS | | | |
|---------------------------------------------|-------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------|---|-------|----------------|----------------------|--------|
| ESTRATEGIA DIDÁCTICA DE RONDA MÉDICA | Cualitativa | Rol de dominancia del docente | Ubicación del docente con relación a los alumnos | Notas de campo | | | | | |
| | | | Ubicación del docente con relación a los pacientes | | | | | | |
| | | Lenguaje | Nivel de complejidad predominante en el lenguaje oral | | | | | | |
| | | | Elementos de comunicación no verbal | | | | | | |
| | | Interferencias en el proceso didáctico | Interrupciones | | | | | | |
| | | Interacción con el paciente | Contacto visual, verbal o físico | | | | | | |
| | | Apropiación de aprendizajes significativos | Percepción del paciente como totalidad (unidad bio-psico-social) | | | | Notas de campo | Encuesta estudiantil | A |
| | | | Reflexión y pensamiento crítico sobre el aprendizaje de la medicina | | | | Notas de campo | Encuesta estudiantil | C E |
| | | | Motivación a profundizar los temas presentados | | | | Notas de campo | Encuesta estudiantil | G |
| | | Contextualización | Elementos del entorno, afectivos y socioculturales | | | | Notas de campo | Encuesta estudiantil | B |
| | Retroalimentación | Abordaje holístico de las patologías | Notas de campo | Encuesta estudiantil | D | | | | |
| | | Interdisciplinariedad | Notas de campo | Encuesta estudiantil | F | | | | |